| | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>FORMATO CERTIFICACIÓN DE COBERTURA ATENDIDA | F29.MT1.PP | 27/04/2026 |
|---|---|---|---|
| BIENESTAR FAMILIAR | | Versión 1 | Página 1 de 1 |
| | | Clasificación de la Información:<br>Pública | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO (EAS) / UDS OPERACIÓN DIRECTA | **COOPERATIVA DE DESARROLLO INTEGRAL Y AGROALIMENTARIO DEL NORTE ANTIOQUEÑO (DIA NORTE)** | | | NIT DE LA EAS (S.A) | **901586922-9** | |
| REGIONAL | ANTIOQUIA | CENTRO ZONAL | ABURRA NORTE | MUNICIPIOS DONDE SE PRESTA EL SERVICIO | **SAN PEDRO DE LOS MILAGROS** | |
| N° CONVENIO / CODIGO CUENTAME | 5011702026 | FECHA DE LEGALIZACIÓN DEL CONVENIO | **2/02/2026** | PLAZO DE EJECUCIÓN | Desde: | **2/02/2026** |
| | | | | | Hasta: | **31/07/2026** |
| MODALIDADES DE ATENCIÓN | Institucional | | **OPERACIÓN DIRECTA** | PERIODO SOBRE EL CUAL REPORTA | Desde: | **1/05/2026** |
| SERVICIO | CDI | | **NO** | | Hasta: | **31/05/2026** |
| NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS (S.A) | **JUAN ESTEBAN JARAMILLO GUTIERREZ** | | | | | |
| NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO (EAS/OPD) | **BRAYAN ALEXANDER ÁVILA CANO** | | | | | |

El suscrito Representante Legal de la Entidad Administradora del Servicio / supervisor de operación directa de la unidad de servicio mencionada anteriormente, certifica que:

Las unidades de servicio mencionadas a continuación, administradas por esta entidad funcionaron normalmente durante el mes _____MAYO_____ de del año 20_26__ cumpliendo con los estándares de calidad y lineamientos establecidos por el ICBF para el desarrollo de estas modalidades.

| | |
|---|---|
| | CDI RAYITOS DE SOL, CDI MANITOS CREATIVAS 1, CDI MANITOS CREATIVAS 2 |

| COBERTURA PROGRAMADA | | | | COBERTURA ATENDIDA | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| GRUPOS DE EDAD | N° DE UDS | N° DE BENEFICIARIOS PROGRAMADOS | DÍAS DE ATENCIÓN PROGRAMADOS PARA EL PERIODO | GRUPOS DE EDAD | N° DE UDS | N° DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS | DÍAS DE FUNCIONAMIENTO DE LA MODALIDAD |
| Mujeres gestante y en periodo de lactancia | | **0** | | Mujeres gestante y en periodo de lactancia | | **0** | |
| Niños/as menores de 24 meses | | **0** | | Niños/as menores de 24 meses | | **0** | |
| Niños/as entre 24 y 36 meses | | **9** | | Niños/as entre 24 y 36 meses | | **5** | |
| Niños/as mayores de 36 meses | | **99** | | Niños/as mayores de 36 meses | | **103** | |
| **TOTAL** | **3** | **108** | **19** | TOTAL | **3** | **108** | **18** |

| | |
|---|---|
| OBSERVACIONES | **Las tres UDS contaron concobertura completa durante el mes de mayo** |

La presente certificación se expide a los __31_ días del mes de ___MAYO__ del año __2026____en la cuidad de ____SAN PEDRO DE LOS MILAGROS___ a solicitud del supervisor del contrato

| NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS / COORDINADOR DE UDS DE OPERACIÓN DIRECTA | FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS/ COORDINADOR DE UDS DE OPERACIÓN DIRECTA |
|---|---|
| **JUAN ESTEBAN JARAMILLO GUTIERREZ** |  |
| NÚMERO DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS/ COORDINADOR DE UDS DE OPERACIÓN DIRECTA | |
| **71773365** | |

NOTA: PARA LA MODALIDAD FAMILIAR REGISTRAR LA ASISTENCIA A LOS ENCUENTROS GRUPALES
S.A: SI APLICA OPD: OPERACIÓN DIRECTA

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012